



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CAMPUS UNIVERSITÁRIO PROFESSOR ANTÔNIO GARCIA FILHO
CURSO DE FISIOTERAPIA

**PISTA VISUAL E VELOCIDADE DE MARCHA DE IDOSOS COM DOENÇA DE
PARKINSON: ESTUDO PILOTO NO MUNICÍPIO DE LAGARTO**

Cintia Souza Santos
Clecia Fonseca Santos

Lagarto-SE
2019



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CAMPUS UNIVERSITÁRIO PROFESSOR ANTÔNIO GARCIA FILHO
CURSO DE FISIOTERAPIA

**PISTA VISUAL E VELOCIDADE DE MARCHA DE IDOSOS COM DOENÇA DE
PARKINSON: ESTUDO PILOTO NO MUNICÍPIO DE LAGARTO**

Cintia Souza Santos
Clecia Fonseca Santos

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Departamento de Fisioterapia de Lagarto da
Universidade Federal de Sergipe, como parte
dos requisitos para graduação em Fisioterapia,
sob a orientação da Prof.^a Dr.^a Patrícia Silva
Tofani.

Lagarto-SE
2019

Cintia Souza Santos
Clecia Fonseca Santos

**PISTA VISUAL E VELOCIDADE DE MARCHA DE IDOSOS COM DOENÇA DE
PARKINSON: ESTUDO PILOTO NO MUNICÍPIO DE LAGARTO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Departamento de Fisioterapia de Lagarto da
Universidade Federal de Sergipe, como parte dos
requisitos para graduação em Fisioterapia, sob a
orientação da Prof.^a Dr.^a Patrícia Silva Tofani

Nota: _____

Data da apresentação: 19/12/2019

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Patrícia Silva Tofani

Assinatura da Orientadora

Prof.^a Dr.^a Júlia Guimarães Reis da Costa

Assinatura do Avaliador 1

Prof.^a Dr.^a Iandra Maria Pinheiro de França Costa

Assinatura do Avaliador 2

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	7
MÉTODOS.....	8
RESULTADOS	10
DISCUSSÃO.....	16
CONCLUSÃO.....	18
REFERÊNCIAS	20
APÊNDICE I - TCLE.....	23
APÊNDICE II – Ficha de Avaliação Específica.....	25
ANEXO I - Escala Unificada de Avaliação da Doença de Parkinson (UPDRS)	28
ANEXO II - Escala de Hoehn e Yahr Modificada	31
ANEXO III – Rastreio Cognitivo 10-CS.....	32
ANEXO IV – Escala de Depressão Geriátrica (EDG)	33
ANEXO V - Comitê de Ética em Pesquisa	34
ANEXO VI - Normas da Revista Fisioterapia e Pesquisa	35

RESUMO

Introdução: O Brasil está passando por uma transição epidemiológica caracterizada pelo envelhecimento populacional. Neste cenário, o aumento de doenças crônicas degenerativas, como a Doença de Parkinson (DP), tem se tornado cada vez mais prevalente. Nesta afecção as complicações mais graves incluem o comprometimento da função motora. **Objetivo:** Avaliar o efeito imediato da pista visual na velocidade da marcha em pacientes com Doença de Parkinson. **Métodos:** Trata-se de um estudo transversal, de caráter quantitativo e descritivo que avaliou a velocidade da marcha com e sem o uso da pista visual, em 10 participantes, de ambos os sexos, com idade entre 50 e 76 anos, que possuíam diagnóstico clínico de Doença de Parkinson. A avaliação e coleta de dados foram realizadas na Clínica Escola de Fisioterapia da Universidade Federal de Sergipe (UFS), campus Lagarto – SE e na Clínica de Fisioterapia do Município de Lagarto-SE. Foram utilizadas duas escalas, Escala Unificada de Avaliação da Doença de Parkinson (UPDRS) e Hoenh e Yahr para avaliar o desempenho motor e classificação da doença, respectivamente, além de dois testes, o TUG para avaliar risco de quedas e o TSL5x para avaliar potência muscular em membros inferiores. Os participantes da pesquisa foram submetidos a uma triagem cognitiva através da escala 10-CS e de sinais depressivos por meio da Escala de Depressão Geriátrica EDG-15. A velocidade de marcha foi avaliada em teste de 10 metros reais. **Resultados:** Foi possível observar que a pista visual do tipo transversal proporcionou aumento, de forma imediata, da velocidade de marcha em pacientes com DP, sendo estatisticamente significativo (p-valor <0,05). **Conclusão:** Os resultados do presente estudo, sugerem que a pista visual do tipo linhas transversais aumenta de forma imediata a velocidade da marcha em pacientes com Doença de Parkinson.

Palavras chave: Doença de Parkinson; Marcha; Pistas Visuais, Fisioterapia.

ABSTRACT

Introduction: Brazil is going through an epidemiological transition, where we observe an increase elderly population. In this scenario, the increase in chronic degenerative diseases, for example Parkinson's disease (PD), has become increasingly prevalent. In this disease, the most serious complications include impaired motor function. **Objective:** To evaluate the immediate effect of visual cue on gait speed in patients with Parkinson's disease. **Methods:** This is a cross-sectional, quantitative and descriptive study that evaluated gait speed with and without the use of the visual cue in 10 patients with PD, both sexes, aged 50 and over. The evaluation and data collection were carried out at the School of Physiotherapy Clinic of the Federal University of Sergipe (UFS), Lagarto - SE campus and at the Physiotherapy Clinic of the Municipality of Lagarto-SE. Two scales were used, Parkinson's Unified Assessment Scale (UPDRS) and Hoehn and Yahr to assess motor performance and disease classification, respectively, and two tests, TUG to assess risk of falls and TSL5x to assess potency muscle in lower limbs. Research patients underwent cognitive screening using the 10-CS scale and depressive signs through the EDG-15 Geriatric Depression Scale. Gait speed was evaluated in a 10-meter test. **Results:** It was possible to observe that the cross-sectional visual track provided an immediate increase in gait speed in patients with PD, being statistically significant (p -value <0.05). **Conclusion:** The results of the present study suggest that the transverse line visual cue immediately increases gait speed in patients with Parkinson's disease.

Keywords: Parkinson's disease; March; Visual Cues, Physiotherapy.

Está sendo entregue apenas o resumo, referências, apêndices e anexos, pois o TCC será encaminhado para publicação em revista científica.

REFERÊNCIAS

- 1 - Rebelatto J, Castro A. Efeito do programa de revitalização de adultos sobre a ocorrência de quedas dos participantes. Rev bras fisioter [Internet]. outubro de 2007 [citado 14 de novembro de 2019];11(5). Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141335552007000500009&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
- 2 - Ammal KN, Tarannum S, Thomas B. Epigenetic landscape of Parkinson's disease: emerging role in disease mechanisms and therapeutic modalities. Neurotherapeutic 2013;10(4):698-708. doi: 10.1007/s13311-013-0211-8.
- 3 - Dorsey ER, Constantinescu R, Thompson JP, Biglan KM, Holloway RG, Kieburtz K, et al. Projected number of people with Parkinson disease in the most populous nations, 2005 through 2030. Neurology 2007;68(5):384-6.
- 4 - Torráo AS, Café-Mendes CC, Real CC, Hernandes MS, Ferreira AFB, Santos TO, et al. Different Approaches, One Target: Understanding Cellular Mechanisms of Parkinson's and Alzheimer's Diseases. Revista Brasileira de Psiquiatria. outubro de 2012;34:194–218.
- 5 - Silva FC, Lop RR, Arancibia BAV, Ferreira EG, Hernandez SSS, Silva R. Effects of Nordic walking on Parkinson's disease: a systematic review of randomized clinical trials. Fisioter Pesqui. 2016;23(4):439-47. doi:10.1590/1809-2950/15861023042016
- 6 - Boonstra TA, van der Kooij H, Munneke M, Bloem BR. Gait disorders and balance disturbances in Parkinson's disease: clinical update and pathophysiology. Curr Opin Neurol. 2008;21(4):461-71. d
- 7 - Peppe A, Chiavalon C, Pasqualetti P, Crovato D, Caltagirone C. Does gait analysis quantify motor rehabilitation efficacy in Parkinson's disease patients? Gait Posture. 2007;26(3):452-62.
- 8 - Bello O, Sanchez JA, Fernandez-del-Olmo M. Treadmill walking in Parkinson's disease patients: adaptation and generalization effect. Mov Disord. 2008;23(9):1243-49.
- 9 - Navarro-Peternella FM, Marcon SS. Quality of life of a person with Parkinson's disease and the relationship between the time of evolution and the severity of the disease. Revista Latino-Americana de Enfermagem. abril de 2012;20(2):384–91.
- 10 - Rubinstein TC, Giladi N, Hausdorff JM. The power of cueing to circumvent dopamine deficits: A review of physical therapy treatment of gait disturbances in Parkinson's disease. Movement Disorders. novembro de 2002;17(6):1148–60.
- 11 - Dias NP, Fraga DA, Cacho EWA, Oberg TD. Training of Gait with Visual Cues in the Patient with Parkinson's Disease. Fisioterapia em Movimento. 2005;9.

- 12 - Azulay J-P, Mesure S, Amblard B, Blin O, Sangla I, Pouget J. Visual control of locomotion in Parkinson's disease. *Brain*. janeiro de 1999;122(1):111–20.
- 13 - de Melo Roiz R, Azevedo Cacho EW, Cliquet A, Barasnevicus Quagliato EMA. Analysis of parallel and transverse visual cues on the gait of individuals with idiopathic Parkinson's disease: *International Journal of Rehabilitation Research*. dezembro de 2011;34(4):343–8.
- 14 - Mello MPB de, Botelho ACG. Correlação das escalas de avaliação utilizadas na doença de Parkinson com aplicabilidade na fisioterapia. *Fisioterapia em Movimento*. março de 2010;23(1):121–7.
- 15 - Schenkman ML, Clark K, Xie T, Kuchibhatla M, Shinberg M, Ray L. Spinal Movement and Performance of a Standing Reach Task in Participants With and Without Parkinson Disease. *Physical Therapy*. 1º de agosto de 2001;81(8):1400–11.
- 16 - Apolinario D, Lichtenthaler DG, Magaldi RM, Soares AT, Busse AL, das Gracas Amaral JR, et al. Using temporal orientation, category fluency, and word recall for detecting cognitive impairment: the 10-point cognitive screener (10-CS): Screening with orientation, fluency, and word recall. *Int J Geriatr Psychiatry*. janeiro de 2016;31(1):4–12.
- 17 - Almeida OP, Almeida SA. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) versão reduzida. *Arq Neuro-Psiquiatr*. junho de 1999;57(2B):421–6.
- 18 - Goulart F, Pereira LX. Uso de escalas para avaliação da doença de Parkinson em fisioterapia. :8.
- 19 - Coelho MS, Patrizzi LJ. Impacto das alterações motoras nas atividades de vida diária na Doença de Parkinson. 2006;4.
- 20 - Karuka AH, Silva JAMG, Navega MT. Análise da concordância entre instrumentos de avaliação do equilíbrio corporal em idosos. *Rev bras fisioter*. dezembro de 2011;15(6):460–6.
- 21 - Buatois S, Nancy V, Manckoundia P, Gueguen R, Vançon G, Perrin P, et al. A Five times sit to stand test is a predictor of recurrent falls in healthy community-living subjects aged 65 and older. *JAGS*. 2008;56(8):1575-7.
- 22 - Cruz-Jentoft AJ, Baeyens JP, Bauer JM, Boirie Y, Cederholm T, Landi, F, et al. Sarcopenia: European consensus on definition and diagnosis Report of the European Working Group on Sarcopenia in Older People. *Age Ageing*. 2010;39(4):412-23.

- 23 - Guerdão MDQP, Silva SMC de A e, Silva M de L do N da, Roediger M de A. Estado nutricional e ingestão proteica de idosos com doença de Parkinson. *Acervo Saúde*. 31 de janeiro de 2019;11(6):e219.
- 24 - Lessa, Helena Thofehrn. "Aprendizagem Motora e Doença de Parkinson: Revisão de Fatores Influentes no Equilíbrio e na Propriocepção." *Revista Neurociências* 21.2 (2013): 308-312.
- 25 - Wamser EL, Valderramas SR, Paula JA de, Schieferdecker MEM, Amarante TP, Pinotti F, et al. Melhor desempenho no teste timed up and go está associado a melhor desempenho funcional em idosos da comunidade. *Geriatr Gerontol Aging*. 1º de dezembro de 2015;9(2):138–43.
- 26 - Marinho MS, Chaves P de M, Tarabal T de O. Dupla-tarefa na doença de Parkinson: uma revisão sistemática de ensaios clínicos aleatorizados. *Rev bras geriatr gerontol*. março de 2014;17(1):191–9.
- 27 - Morris ME, Martin CL, Schenkman ML. Striding Out With Parkinson Disease: Evidence-Based Physical Therapy for Gait Disorders. *Physical Therapy*. 1º de fevereiro de 2010;90(2):280–8.
- 28 - Rochester L, Baker K, Hetherington V, Jones D, Willems A-M, Kwakkel G, et al. Evidence for motor learning in Parkinson's disease: Acquisition, automaticity and retention of cued gait performance after training with external rhythmical cues. *Brain Research*. março de 2010;1319:103–11.

APÊNDICE I



**Universidade Federal de Sergipe - UFS Campus Universitário Prof.
Antônio Garcia Filho Departamento de Fisioterapia**

Avenida Governador Marcelo Déda, 13, Centro Lagarto/SE CEP 49400-000

Contato: (79) 3632-2081 E-mail: fisio.lagarto@gmail.com <http://www.lagarto.ufs.br>

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

BASEADO NAS DIRETRIZES CONTIDAS NA RESOLUÇÃO CNS Nº466/2012, MS.

Prezado (a) Senhor (a)

Gostaríamos de convidá-lo a participar como voluntário da pesquisa intitulada, **Doença de Parkinson e Síndromes Parkinsonianas: efeito imediato da pista visual na velocidade da marcha** que está sendo desenvolvida por Cintia Souza Santos e Clecia Fonseca Santos, do Curso de Fisioterapia da Universidade Federal de Sergipe Campus Lagarto, sob a orientação do (a) Prof.^a Dr.^a Patrícia Silva Tofani.

O objetivo do estudo é avaliar o efeito imediato da pista visual na velocidade da marcha em pacientes com Doença de Parkinson. Esta pesquisa busca ampliar o conhecimento e auxiliar nos programas de tratamento da doença de Parkinson, buscando a independência, autonomia e funcionalidade dos voluntários.

Se o (a) senhor (a) concordar em participar deste estudo, inicialmente, será submetido (a) a uma avaliação inicial na qual serão coletados dados como, nome, idade, peso e altura. Em seguida, você participará de avaliações por meio das seguintes escalas: a Escala Unificada de Avaliação da Doença de Parkinson (UPDRS) e a Escala Hoehn e Yahr, instrumentos fundamentais para monitorar a evolução da doença e designar o grau de comprometimento, além de uma triagem cognitiva (10 – CS) para classificação do status cognitivo e a Escala de Depressão Geriátrica (EDG-15), instrumento utilizado para detecção de depressão em idosos. Além disso, você deverá andar sobre um corredor de quatorze metros com e sem a utilização de pistas visuais (linhas transversais no chão). Em seguida, será avaliado o desempenho funcional que abordará ficar de pé, caminhar, sentar e levantar.

Seu nome não será utilizado em qualquer fase da pesquisa, o que garante seu anonimato, e a divulgação dos resultados será feita de forma a não identificar os voluntários.

Não será cobrado nada e não haverá gastos, decorrentes de sua participação, se houver algum dano decorrente da pesquisa, o participante será indenizado nos termos da Lei.

Considerando que toda pesquisa oferece algum tipo de risco, nesta pesquisa o risco pode ser avaliado como: mínimos ou inexistentes.

São esperados os seguintes benefícios imediatos da sua participação nesta pesquisa: o (a) senhor (a) terá a oportunidade de conhecer a interferência da utilização da pista visual no aumento da velocidade da marcha parkinsoniana.

Gostaríamos de deixar claro que sua participação é voluntária e que poderá recusar-se a participar ou retirar o seu consentimento, ou ainda descontinuar sua participação se assim o preferir, sem penalização alguma ou sem prejuízo ao seu cuidado.

Desde já, agradecemos sua atenção e participação e colocamo-nos à disposição para maiores informações.

Eu _____ (nome do participante e número de documento de identidade) confirmo que Patrícia Silva Tofani, Cintia Souza Santos, Clécia Fonseca Santos, explicaram-me os objetivos desta pesquisa, bem como, a forma de participação. As alternativas para minha participação também foram discutidas. Eu li e compreendi este Termo de Consentimento, portanto, eu concordo em dar meu consentimento para participar como voluntário desta pesquisa.

LAGARTO/SE, ____ de ____ de 2019.

(Assinatura do participante da pesquisa)

Eu, _____ (nome do membro da equipe que apresentar o TCLE) obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido do participante da pesquisa ou representante legal para a participação na pesquisa.

(Assinatura do membro da equipe que apresentar o TCLE)

(Identificação e assinatura do pesquisador responsável)

Contato:

Cintia Souza Santos

Tel: (79) 9 9607-5250

E-mail: cintia-santoslive@outlook.com

Clécia Fonseca Santos

Tel: (79) 9 9688-4229

E-mail: cleciafonsecasantos@gmail.com

APÊNDICE II



Universidade Federal de Sergipe – UFS

Doença de Parkinson

Data da Coleta: ____/____/2019

Responsável pela Coleta: _____

Dados de Identificação	
Nome:	
Telefone:	CPF:
Naturalidade:	Cor: () Branca () Parda () Negra () Amarela
Ocupação Principal:	

Variáveis Sociodemográficas	
Sexo: () Feminino () Masculino	Idade: Data Nascimento:
Estado Civil: () Casado () Solteiro () Viúvo () Separado () Outros	
Grau de escolaridade: () Analf () 1-4 anos () 5-8 anos () 9-11 anos () >11 anos no anos:	
Arranjo familiar (Resido com): () Mora sozinho () Apenas com esposo(a) () Esposo(a) e familiares () Outros	

Classificação Econômica – Critério de Classificação Econômica Brasil 2008						Instrução do chefe família	Até 3ª Série 0	Primário 1	Ginásio 2	Colegial 3	Superior 4
Posse de itens	0	1	2	3	4						
Televisão em cores											
Rádio											
Banheiro											
Automóvel											
Empregada mensalista											
Máquina de lavar											
Videocassete e/ou DVD											
Geladeira e freezer											

Contribuição com o sustento da casa	() Sim, totalmente	() Sim, parcialmente	() Não contribui
Renda Familiar	() 1 salário-mínimo	() 2 a 3 salários-mínimos	() >3 salários-mínimos
Situação Previdenciária	() Aposen () Pensão	() Ativo	() Outro
Você tem hábito de ler jornal/revista/livro	() Sim	() Não	() Não se aplica

Antecedentes Pessoais – Índice de comorbidades de Charlson								
HAS	S	N		S	N		S	N
Diabetes			Tabagismo Progresso			Etilismo Atual		
Lesão de órgão alvo						Quantificar		
Dislipidemia			TCE c/ perda consciência			Etilismo progressivo? Qtos		
Infarto Miocárdio			Episódio de delírium			Úlcera péptica		
Insuficiência Cardíaca			Episódio de depressão >			D. Hepática Moderada/grave		
Fibrilação Atrial			Demência			Hemiplegia		
Doença Cérebro-Vascular			Neoplasia Metastática			D. Renal Moderada/Grave		
Ins Arterial Periférica			D. Pulmonar Crônica			Leucemia		
Tabagismo atual			D. Tecido Conjuntivo			Linfoma Maligno		
Quantos:						SIDA (D. viral?)		

Medicações		
Droga	Dose	Instrução

--	--	--

Condições Clínicas	
Peso: _____ kg Altura: _____ (m) Quantas quedas nos últimos 6 meses? () 0 () 1 () 2 () 3 () + de 3 Você tem medo de cair? () muito () + ou - () um pouco () não Sr(a) deixou de fazer alguma atividade devido ao medo de cair? () muitas () algumas () nenhuma	Circunferência abdominal: _____ (cm) Circunferência cintura: _____ (cm) Circunferência quadril: _____ (cm) Circunf Panturrilha: D _____ E _____ Utilizada dispositivo para marcha: () S () N Qual? _____
Exercício físico	
Em quantos dos últimos SETE DIAS realizou atividade física durante pelo menos 30 minutos (minutos totais de atividade contínua, inclusive andar)? 0 1 2 3 4 5 6 7	Em quantos dos últimos SETE DIAS praticou algum tipo de exercício físico específico sem incluir suas atividades em casa ou em seu trabalho? Aeróbico 0 1 2 3 4 5 6 7 Resistência 0 1 2 3 4 5 6 7
O Sr(a) realiza alguma recomendação de autocuidado para a prática de exercício físico (antes, durante e depois)? () N () S. Quais: _____	Quais os motivos para não realizar exercícios físico?
Questionário de Autopercepção de Saúde	
Qual a importância da sua saúde para você? () sem import () Pouco () Indiferente () Importante () Muito Importante Você se considera uma pessoa saudável? () S () N Como você considera seu estado de saúde: () muito bom () bom () regular () ruim Com que frequência você vai até a UBS (vezes/semana): Dê uma nota para sua saúde (0 – 10):	
Testes Clínicos	
Velocidade marcha: _____ seg Velocidade da marcha com pista: _____ seg Sentar-Levantar 5x: _____ seg TUG: _____ seg Fluência Verbal: _____ n°. de animais em 1min	Força de Preensão Palmar Mão dominante () D () E Valor: _____ / _____ kgF Depressão geriátrica (GDS 15): _____ pontos

GDS - Questões	sim	Não
1. Está satisfeito (a) com sua vida?	0	1
2. Diminuiu a maior parte de suas atividades e interesses?	1	0
3. Sente que a vida está vazia?	1	0
4. Aborrece-se com frequência?	1	0
5. Sente-se de bem com a vida na maior parte do tempo?	0	1
6. Teme que algo ruim possa lhe acontecer?	1	0
7. Sente-se feliz a maior parte do tempo?	0	1
8. Sente-se frequentemente desamparado?	1	0
9. Prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?	1	0
10. Acha que tem mais problemas de memória que a maioria?	1	0
11. Acha que é maravilhoso estar vivo agora?	0	1
12. Vale a pena viver como vive agora?	0	1
13. Sente-se cheio(a) de energia?	0	1
14. Acha que sua situação tem solução?	0	1
15. Acha que tem muita gente em situação melhor?	1	0

UPDRS - EXAME MOTOR	
Fala 1 () 2 () 3 () 4 ()	Expressão Facial 1 () 2 () 3 () 4 ()
Tremor de Repouso 1 () 2 () 3 () 4 ()	Tremor postural ou de ação nas mãos 1 () 2 () 3 () 4 ()
Rigidez 1 () 2 () 3 () 4 ()	Bater dedos continuamente 1 () 2 () 3 () 4 ()
Movimentos das mãos 1 () 2 () 3 () 4 ()	Movimentos rápidos alternados das mãos 1 () 2 () 3 () 4 ()
Agilidade da perna 1 () 2 () 3 () 4 ()	Levantar da cadeira 1 () 2 () 3 () 4 ()
Postura	Marcha

1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
Estabilidade postural				Bradicinesia e hipocinesia corporal			
1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()

ESCALA DE HOEHN E YAHR MODIFICADA	
Estágio 0	Nenhum sinal da doença
Estágio 1	Estágio 1 Doença unilateral
Estágio 1,5	Envolvimento unilateral e axial
Estágio 2	Doença bilateral sem déficit de equilíbrio
Estágio 2,5	Doença bilateral leve com recuperação no “teste do empurrão”
Estágio 3	Doença bilateral leve a moderada
Estágio 4	Incapacidade grave, , ainda capaz de caminhar ou permanecer de pé sem ajuda
Estágio 5	Confinado à cama ou cadeira de rodas a não ser que receba ajuda.

<p>O Sr(a) trabalha ou já trabalhou na agricultura? () Sim () Não</p> <p>Tempo de trabalho:</p> <p>Locais de trabalho:</p>

RASTERIO COGNITIVO (10 – CS):	10CS-EDU:	RESULTADO:
--------------------------------------	------------------	-------------------

ANEXO I - Escala Unificada de Avaliação da Doença de Parkinson (UPDRS)

Subseção III (Sessão Motora):

18. Fala

0= normal.

1= perda discreta da expressão, volume ou dicção.

2= comprometimento moderado. Arrastado, monótono, mas compreensível.

3= comprometimento grave, difícil de ser entendido.

4= incompreensível.

19. Expressão facial

0= normal.

1= hipomímia mínima.

2= diminuição pequena, mas anormal, da expressão facial.

3= hipomímia moderada, lábios caídos/afastados por algum tempo.

4= fácies em máscara ou fixa, com pedra grave ou total da expressão facial. Lábios afastados ¼ de polegada ou mais.

20. Tremor de repouso

0= ausente.

1= presente, mas infrequente ou leve.

2= persistente, mas de pouca amplitude, ou moderado em amplitude mas presente de maneira intermitente.

3= moderado em amplitude, mas presente a maior parte do tempo.

4= com grande amplitude e presente a maior parte do tempo.

21. Tremor postural ou de ação nas mãos

0= ausente

1= leve, presente com a ação.

2= moderado em amplitude, presente com a ação.

3= moderado em amplitude tanto na ação quanto mantendo a postura.

4= grande amplitude, interferindo com a alimentação.

22. Rigidez (movimento passivo das grandes articulações, com paciente sentado e relaxado, ignorar roda denteada)

0= ausente

1= pequena ou detectável somente quando ativado por movimentos em espelho de outros.

2= leve e moderado.

3= marcante, mas pode realizar o movimento completo da articulação.

4= grave e o movimento completo da articulação só ocorre com grande dificuldade.

23. Bater dedos continuamente – polegar no indicador em sequências rápidas com a maior amplitude possível, uma mão de cada vez.

0= normal

- 1= leve lentidão e/ou redução da amplitude.
- 2= comprometimento moderado. Fadiga precoce e bem clara. Pode apresentar parada ocasional durante o movimento.
- 3= comprometimento grave. Hesitação frequente para iniciar o movimento ou paradas durante o movimento que está realizando.
- 4= realiza o teste com grande dificuldade, quase não conseguindo.

24. Movimentos das mãos (abrir e fechar as mãos em movimentos rápidos e sucessivos e com a maior amplitude possível, uma mão de cada vez).

- 0= normal
- 1= leve lentidão e/ou redução da amplitude.
- 2= comprometimento moderado. Fadiga precoce e bem clara. Pode apresentar parada ocasional durante o movimento.
- 3= comprometimento grave. Hesitação frequente para iniciar o movimento ou paradas durante o movimento que está realizando.
- 4= realiza o teste com grande dificuldade, quase não conseguindo.

25. Movimentos rápidos alternados das mãos (pronação e supinação das mãos, horizontal ou verticalmente, com a maior amplitude possível, as duas mãos simultaneamente).

- 0= normal
- 1= leve lentidão e/ou redução da amplitude.
- 2= comprometimento moderado. Fadiga precoce e bem clara. Pode apresentar parada ocasional durante o movimento.
- 3= comprometimento grave. Hesitação frequente para iniciar o movimento ou paradas durante o movimento que está realizando.
- 4= realiza o teste com grande dificuldade, quase não conseguindo.

26. Agilidade da perna (bater o calcanhar no chão em sucessões rápidas, levantando toda a perna, a amplitude do movimento deve ser de cerca de 3 polegadas/ $\pm 7,5$ cm).

- 0= normal
- 1= leve lentidão e/ou redução da amplitude.
- 2= comprometimento moderado. Fadiga precoce e bem clara. Pode apresentar parada ocasional durante o movimento.
- 3= comprometimento grave. Hesitação frequente para iniciar o movimento ou paradas durante o movimento que está realizando.
- 4= realiza o teste com grande dificuldade, quase não conseguindo.

27. Levantar da cadeira (de espalado reto, madeira ou ferro, com braços cruzados em frente ao peito).

- 0= normal
- 1= lento ou pode precisar de mais de uma tentativa
- 2= levanta-se apoiando nos braços da cadeira.
- 3= tende a cair para trás, pode tentar se levantar mais de uma vez, mas consegue levantar
- 4= incapaz de levantar-se sem ajuda.

28. Postura

0= normal em posição ereta

1= não bem ereto, levemente curvado para frente, pode ser normal para pessoas mais velhas.

2= moderadamente curvado para frente, definitivamente anormal, podem inclinar-se um pouco para os lados.

3= acentuadamente curvado para frente com cifose, inclinação moderada para um dos lados.

4= bem fletido com anormalidade acentuada da postura.

29. Marcha

0= normal

1= anda lentamente, pode arrastar os pés com pequenas passadas, mas não há festinação ou propulsão.

2= anda com dificuldade, mas precisa de pouca ajuda ou nenhuma, pode apresentar alguma festinação, passos curtos, ou propulsão.

3= comprometimento grave da marcha, necessitando de ajuda.

4= não consegue andar sozinho, mesmo com ajuda.

30. Estabilidade postural (respostas ao deslocamento súbito para trás, puxando os ombros, com paciente ereto, de olhos abertos, pés separados, informado a respeito do teste)

0= normal

1= retropulsão, mas se recupera sem ajuda.

2= ausência de respostas posturais, cairia se não fosse auxiliado pelo examinador.

3= muito instável, perde o equilíbrio espontaneamente.

4= incapaz de ficar ereto sem ajuda.

31. Bradicinesia e hipocinesia corporal (combinação de hesitação, diminuição do balançar dos braços, pobreza e pequena amplitude de movimentos em geral)

0= nenhum.

1= lentidão mínima. Podia ser normal em algumas pessoas. Possível redução na amplitude.

2= movimento definitivamente anormal. Pobreza de movimento e um certo grau de lentidão.

3= lentidão moderada. Pobreza de movimento ou com pequena amplitude.

4= lentidão acentuada. Pobreza de movimento ou com pequena amplitude.

Escore Total Máximo = 56

ANEXO II - Escala de Hoehn e Yahr Modificada

Estágio 0: Nenhum sinal da doença.

Estágio 1: Doença unilateral.

Estágio 1,5: Envolvimento unilateral e axial.

Estágio 2: Doença bilateral sem déficit de equilíbrio.

Estágio 2,5: Doença bilateral leve, com recuperação no “teste do empurrão”

Estágio 3: Doença bilateral leve a moderada; alguma instabilidade postural; capacidade para viver independente.

Estágio 4: Incapacidade grave, ainda capaz de caminhar ou permanecer de pé sem ajuda.

Estágio 5: Confinado à cama ou cadeira de rodas a não ser que receba ajuda.

ANEXO III – Rastreo Cognitivo 10-CS

10-point Cognitive Screener (10-CS)

- | | | |
|-------------------------|---|---|
| ▶ WHAT YEAR IS THIS? | 0 | 1 |
| ▶ WHAT MONTH IS THIS? | 0 | 1 |
| ▶ WHAT IS TODAY'S DATE? | 0 | 1 |

NOW I AM GOING TO NAME THREE OBJECTS. PLEASE WAIT UNTIL I SAY ALL THREE WORDS, THEN REPEAT THEM. REMEMBER WHAT THEY ARE. I AM GOING TO ASK YOU TO NAME THEM AGAIN IN A FEW MINUTES. PLEASE REPEAT THESE WORDS FOR ME:

CAR—VASE—BRICK

(may repeat 3 times if necessary; repetition is not scored)

▶ NOW TELL ME THE NAMES OF ALL ANIMALS YOU CAN THINK OF, AS QUICK AS POSSIBLE. I'LL GIVE YOU ONE MINUTE TO COME UP WITH AS MANY ANIMALS AS YOU CAN. READY?

- | | |
|-------------|---|
| 0 - 5: | 0 |
| 6 - 8: | 1 |
| 9 - 11: | 2 |
| 12 - 14: | 3 |
| 15 or more: | 4 |

▶ NOW WHAT WERE THE THREE OBJECTS I ASKED YOU TO REMEMBER?

- | | | |
|-------|---|---|
| CAR | 0 | 1 |
| VASE | 0 | 1 |
| BRICK | 0 | 1 |

10-CS : _____

Adjustment for Education Effects:

- No formal education: add 2 points (to a max of 10)
- 1-3 years of education: add 1 point (to a max of 10)

10-CS-Edu : _____

Interpretation of the 10-CS-Edu:

- ☐ ≥ 8 points: Normal
- ☐ 6-7 points: Possible cognitive impairment
- ☐ 0-5 points: Probable cognitive impairment

ANEXO IV – Escala de Depressão Geriátrica (EDG)

GDS - Questões	sim	Não
1. Está satisfeito (a) com sua vida?	0	1
2. Diminuiu a maior parte de suas atividades e interesses?	1	0
3. Sente que a vida está vazia?	1	0
4. Aborrece-se com frequência?	1	0
5. Sente-se de bem com a vida na maior parte do tempo?	0	1
6. Teme que algo ruim possa lhe acontecer?	1	0
7. Sente-se feliz a maior parte do tempo?	0	1
8. Sente-se frequentemente desamparado?	1	0
9. Prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?	1	0
10. Acha que tem mais problemas de memória que a maioria?	1	0
11. Acha que é maravilhoso estar vivo agora?	0	1
12. Vale a pena viver como vive agora?	0	1
13. Sente-se cheio(a) de energia?	0	1
14. Acha que sua situação tem solução?	0	1
15. Acha que tem muita gente em situação melhor?	1	0

Pontuação: _____

ANEXO V – Aprovação no Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: DOENÇA DE PARKINSON E SÍNDROMES PARKINSONIANAS: EFEITOS IMEDIATOS DA PISTA VISUAL NA VELOCIDADE DA MARCHA

Pesquisador: Patrícia Silva Tofani

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 16481219.8.0000.5546

Instituição Proponente: Departamento de Fisioterapia - Lagarto

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.667.332

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo "Informações Básicas da Pesquisa" (PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1386566.pdf, postado em 03/10/2019).

ANEXO VI – Normas da Revista Fisioterapia e Pesquisa

Escopo e política

As submissões que atendem aos padrões estabelecidos e apresentados na Política Editorial da Fisioterapia & Pesquisa (F&P) serão encaminhadas aos Editores Associados, que irão realizar uma avaliação inicial para determinar se os manuscritos devem ser revisados. Os critérios utilizados para a análise inicial do Editor Associado incluem: originalidade, pertinência, metodologia e relevância clínica. O manuscrito que não tem mérito ou não esteja em conformidade com a política editorial será rejeitado na fase de pré-análise, independentemente da adequação do texto e qualidade metodológica. Portanto, o manuscrito pode ser rejeitado com base unicamente na recomendação do editor de área, sem a necessidade de nova revisão. Nesse caso, a decisão não é passível de recurso. Os manuscritos aprovados na pré-análise serão submetidos a revisão por especialistas, que irão trabalhar de forma independente. Os [revisores](#) permanecerão anônimos aos autores, assim como os autores para os revisores. Os Editores Associados irão coordenar o intercâmbio entre autores e revisores e encaminhar o pré parecer ao Editor Chefe que tomará a decisão final sobre a publicação dos manuscritos, com base nas recomendações dos revisores e Editores Associados. Se aceito para publicação, os artigos podem estar sujeitos a pequenas alterações que não afetarão o estilo do autor, nem o conteúdo científico. Se um artigo for rejeitado, os autores receberão uma carta do Editor com as justificativas. Ao final, toda a documentação referente ao processo de revisão será arquivada para possíveis consultas que se fizerem necessárias na ocorrência de processos éticos.

Todo manuscrito enviado para FISIOTERAPIA & PESQUISA será examinado pela secretaria e pelos Editores Associados, para consideração de sua adequação às normas e à política editorial da revista. O manuscrito que não estiver de acordo com as normas serão devolvidos aos autores para adequação antes de serem submetidos à apreciação dos pares. Cabem aos Editores Chefes, com base no parecer dos Editores Associados, a responsabilidade e autoridade para encaminhar o manuscrito para a análise dos especialistas com base na sua qualidade e originalidade, prezando pelo anonimato dos autores e pela isenção do conflito de interesse com os artigos aceitos ou rejeitados.

Em seguida, o manuscrito é apreciado por dois pareceristas, especialistas na temática no manuscrito, que não apresentem conflito de interesse com a pesquisa, autores ou financiadores do estudo, apresentando reconhecida competência acadêmica na temática abordada, garantindo-se o anonimato e a confidencialidade da avaliação. As decisões emitidas pelos pareceristas são pautadas em comentários claros e objetivos. Dependendo dos pareceres recebidos, os autores podem ser solicitados a fazerem ajustes que serão reexaminados. Na ocorrência de um parecerista negar e o outro aceitar a publicação do manuscrito, o mesmo será encaminhado a um terceiro parecerista. Uma vez aceito pelo Editor, o manuscrito é submetido à edição de texto, podendo ocorrer nova solicitação de ajustes formais, sem no entanto interferir no seu conteúdo científico. O não cumprimento dos prazos de ajuste será considerado desistência, sendo o artigo retirado da pauta da revista FISIOTERAPIA & PESQUISA. Os manuscritos aprovados são publicados de acordo com a ordem cronológica do aceite.

Responsabilidade e ética

O conteúdo e as opiniões expressas no manuscrito são de inteira responsabilidade dos autores, não podendo ocorrer plágio, autoplágio, verbatim ou dados fraudulentos, devendo ser apresentada a lista completa de referências e os financiamentos e colaborações recebidas. Ressalta-se ainda que a submissão do manuscrito à revista FISIOTERAPIA & PESQUISA implica que o trabalho na íntegra ou parte(s) dele não tenha sido publicado em outra fonte ou

veículo de comunicação e que não esteja sob análise em outro periódico para publicação. Os autores devem estar aptos a se submeterem ao processo de revisão por pares e, quando necessário, realizar as correções e ou justificativas com base no parecer emitido, dentro do tempo estabelecido pelo Editor. Além disso, é de responsabilidade dos autores a veracidade e autenticidade dos dados apresentados nos artigos. Com relação aos critérios de autoria, só é considerado autor do manuscrito aquele pesquisador que apresentar significativa contribuição para a pesquisa. No caso de aceite do manuscrito e posterior publicação, é obrigação dos autores, mediante solicitação do Editor, apresentar possíveis retratações ou correções caso sejam encontrados erros nos artigos após a publicação. Conflitos éticos serão abordados seguindo as diretrizes do Committee on Publication Ethics (COPE). Os autores devem consultar as diretrizes do *International Committee of Medical Journal Editors* (www.icmje.org) e da *Comissão de Integridade na Atividade Científica do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq* (www.cnpq.br/web/guest/diretrizes) ou do *Committee on Publication Ethics – COPE* (www.publicationethics.org). Artigos de pesquisa envolvendo seres humanos devem indicar, na seção Metodologia, sua expressa concordância com os padrões éticos e com o devido consentimento livre e esclarecido dos participantes. As pesquisas com humanos devem trazer na folha de rosto o número do parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa. Os estudos brasileiros devem estar de acordo com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (Brasil), que trata do Código de Ética para Pesquisa em Seres Humanos e, para estudos fora do Brasil, devem estar de acordo com a Declaração de Helsinque. Estudos envolvendo animais devem explicitar o acordo com os princípios éticos internacionais (por exemplo, *Committee for Research and Ethical Issues of the International Association for the Study of Pain*, publicada em PAIN, 16:109-110, 1983) e instruções nacionais (Leis 6638/79, 9605/98, Decreto 24665/34) que regulamentam pesquisas com animais e trazer na folha de rosto o número do parecer de aprovação da Comissão de Ética em Pesquisa Animal. Reserva-se à revista FISIOTERAPIA & PESQUISA o direito de não publicar trabalhos que não obedeçam às normas legais e éticas para pesquisas em seres humanos e para os experimentos em animais. Para os ensaios clínicos, é obrigatória a apresentação do número do registro do ensaio clínico na folha de rosto no momento da submissão. A revista FISIOTERAPIA & PESQUISA aceita qualquer registro que satisfaça o Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (por ex. <http://clinicaltrials.gov>). A lista completa de todos os registros de ensaios clínicos pode ser encontrada no seguinte endereço: <http://www.who.int/ictrp/network/primary/en/index.html>. O uso de iniciais, nomes ou números de registros hospitalares dos pacientes deve ser evitado. Um paciente não poderá ser identificado por fotografias, exceto com consentimento expresso, por escrito, acompanhando o trabalho original no momento da submissão. A menção a instrumentos, materiais ou substâncias de propriedade privada deve ser acompanhada da indicação de seus fabricantes. A reprodução de imagens ou outros elementos de autoria de terceiros, que já tiverem sido publicados, deve vir acompanhada da autorização de reprodução pelos detentores dos direitos autorais; se não acompanhados dessa indicação, tais elementos serão considerados originais dos autores do manuscrito. A revista FISIOTERAPIA & PESQUISA publica, preferencialmente, Artigos Originais, Artigos de Revisão Sistemática e Metanálises e Artigos Metodológicos, sendo que as Revisões Narrativas só serão recebidas, quando os autores forem convidados pelos Editores. Além disso, publica Editoriais, Carta ao Editor e Resumos de Eventos como Suplemento.

Forma e preparação dos manuscritos

1 – Apresentação:

O texto deve ser digitado em processador de texto Word ou compatível, em tamanho A4, com espaçamento de linhas e tamanho de letra que permitam plena legibilidade. O texto completo, incluindo páginas de rosto e de referências, tabelas e legendas de figuras, deve conter no máximo 25 mil caracteres com espaços.

2 – A página de rosto deve conter:

- a) título do trabalho (preciso e conciso) e sua versão para o inglês;
- b) título condensado (máximo de 50 caracteres);
- c) nome completo dos autores, com números sobrescritos remetendo à afiliação institucional e vínculo, no número máximo de 6 (casos excepcionais onde será considerado o tipo e a complexidade do estudo, poderão ser analisados pelo Editor, quando solicitado pelo autor principal, onde deverá constar a contribuição detalhada de cada autor);
- d) instituição que sediou, ou em que foi desenvolvido o estudo (curso, laboratório, departamento, hospital, clínica, universidade, etc.), cidade, estado e país;
- e) afiliação institucional dos autores (com respectivos números sobrescritos); no caso de docência, informar título; se em instituição diferente da que sediou o estudo, fornecer informação completa, como em “d”); no caso de não-inserção institucional atual, indicar área de formação e eventual título;
- f) endereço postal e eletrônico do autor correspondente;
- g) indicação de órgão financiador de parte ou todo o estudo se for o caso;
- f) indicação de eventual apresentação em evento científico;
- h) no caso de estudos com seres humanos ou animais, indicação do parecer de aprovação pelo comitê de ética; no caso de ensaio clínico, o número de registro do Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos-REBEC (<http://www.ensaiosclnicos.gov.br>) ou no *Clinical Trials* (<http://clinicaltrials.gov>).

OBS: A partir de 01/01/2014 a FISIOTERAPIA & PESQUISA adotará a política sugerida pela Sociedade Internacional de Editores de Revistas em Fisioterapia e exigirá na submissão do manuscrito o registro retrospectivo, ou seja, ensaios clínicos que iniciaram recrutamento a partir dessa data deverão registrar o estudo ANTES do recrutamento do primeiro paciente. Para os estudos que iniciaram recrutamento até 31/12/2013, a revista aceitará o seu registro ainda que de forma prospectiva.

3 – Resumo, *abstract*, descritores e *keywords*:

A segunda página deve conter os resumos em português e inglês (máximo de 250 palavras). O resumo e o *abstract* devem ser redigidos em um único parágrafo, buscando-se o máximo de precisão e concisão; seu conteúdo deve seguir a estrutura formal do texto, ou seja, indicar objetivo, procedimentos básicos, resultados mais importantes e principais conclusões. São seguidos, respectivamente, da lista de até cinco descritores e *keywords* (sugere-se a consulta aos DeCS – Descritores em Ciências da Saúde da Biblioteca Virtual em Saúde do Lilacs (<http://decs.bvs.br>) e ao MeSH – Medical Subject Headings do Medline (<http://www.nlm.nih.gov/mesh/meshhome.html>)).

4 – Estrutura do texto:

Sugere-se que os trabalhos sejam organizados mediante a seguinte estrutura formal:

- a) Introdução – justificar a relevância do estudo frente ao estado atual em que se encontra o objeto investigado e estabelecer o objetivo do artigo;
- b) Metodologia – descrever em detalhe a seleção da amostra, os procedimentos e materiais utilizados, de modo a permitir a reprodução dos resultados, além dos métodos usados na análise estatística;

- c) Resultados – sucinta exposição factual da observação, em seqüência lógica, em geral com apoio em tabelas e gráficos. Deve-se ter o cuidado para não repetir no texto todos os dados das tabelas e/ou gráficos;
- d) Discussão – comentar os achados mais importantes, discutindo os resultados alcançados comparando-os com os de estudos anteriores. Quando houver, apresentar as limitações do estudo;
- e) Conclusão – sumarizar as deduções lógicas e fundamentadas dos Resultados.

5 – Tabelas, gráficos, quadros, figuras e diagramas:

Tabelas, gráficos, quadros, figuras e diagramas são considerados elementos gráficos. Só serão apreciados manuscritos contendo no máximo cinco desses elementos. Recomenda-se especial cuidado em sua seleção e pertinência, bem como rigor e precisão nas legendas, as quais devem permitir o entendimento do elemento gráfico, sem a necessidade de consultar o texto. Note que os gráficos só se justificam para permitir rápida compreensão das variáveis complexas, e não para ilustrar, por exemplo, diferença entre duas variáveis. Todos devem ser fornecidos no final do texto, mantendo-se neste, marcas indicando os pontos de sua inserção ideal. As tabelas (títulos na parte superior) devem ser montadas no próprio processador de texto e numeradas (em arábicos) na ordem de menção no texto; decimais são separados por vírgula; eventuais abreviações devem ser explicitadas por extenso na legenda. Figuras, gráficos, fotografias e diagramas trazem os títulos na parte inferior, devendo ser igualmente numerados (em arábicos) na ordem de inserção. Abreviações e outras informações devem ser inseridas na legenda, a seguir ao título.

6 – Referências bibliográficas:

As referências bibliográficas devem ser organizadas em seqüência numérica, de acordo com a ordem em que forem mencionadas pela primeira vez no texto, seguindo os Requisitos Uniformizados para Manuscritos Submetidos a Jornais Biomédicos, elaborados pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas – ICMJE (<http://www.icmje.org/index.html>).

7 – Agradecimentos:

Quando pertinentes, dirigidos a pessoas ou instituições que contribuíram para a elaboração do trabalho, são apresentados ao final das referências. O texto do manuscrito deverá ser encaminhado em dois arquivos, sendo o primeiro com todas as informações solicitadas nos itens acima e o segundo uma cópia cegada, onde todas as informações que possam identificar os autores ou o local onde a pesquisa foi realizada devem ser excluídas.

Envio dos manuscritos

Os autores devem encaminhar dois arquivos que conttenham o manuscrito (texto + tabelas + figuras) sendo o primeiro com todas as informações solicitadas nos itens acima e o segundo uma cópia cegada, onde todas as informações que possam identificar os autores ou o local onde a pesquisa foi realizada devem ser excluídas. Para a submissão do manuscrito, o autor deve acessar a Homepage da SciELO (<http://submission.scielo.br/index.php/fp/login>), ou link disponibilizado abaixo, com o seu login e senha. No primeiro acesso, o autor deve realizar o cadastro dos seus dados. Juntamente com o manuscrito, devem ser enviados no item 4 do processo de submissão – TRANSFERÊNCIA DE DOCUMENTOS SUPLEMENTARES, os três arquivos listados

abaixo ([Download](#)), devidamente preenchidos e assinados, bem como o comprovante de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.

a) **Carta de Encaminhamento** ([Download](#)) – informações básicas sobre o manuscrito.

b) **Declaração de Responsabilidade e Conflito de Interesses** ([Download](#)) – é declarada a responsabilidade dos autores na elaboração do manuscrito, bem como existência ou não de eventuais conflitos de interesse profissional, financeiro ou benefícios diretos ou indiretos que possam influenciar os resultados da pesquisa.

c) **Declaração de Transferência de Direitos Autorais** ([Download](#))- é transferido o direito autoral do manuscrito para a Revista Fisioterapia & Pesquisa / Physical Therapy & Research, devendo constar a assinatura de todos os autores.